

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

163

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VICTOR-ANDRÉ DEMASURE

Né à Marez (Nord), le 23 Juin 1892

DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PROPHYLAXIE
DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1923

801

163

DIAGNOSTIC PRECOCE
ET PROPHYLAXIE
DE L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

103

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VICTOR-ANDRÉ DEMASURE 

Né à Marez (Nord), le 23 Juin 1892

DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PROPHYLAXIE DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN

M ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale...
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...
Pathologie expérimentale et comparée

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.

LECENE.
LETULLE
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance..
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des mala-
dies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..
Clinique des maladies du système nerveux ...
Clinique des maladies contagieuses

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TESSIER.
DELSEI.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
De LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN
J.-L. FAURE
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires ...

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

AGREGES EN EXERCICE

MM.
ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

MM.
DUVOIR
L'ESSINGER
GARNIER
GOUGEOT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX.
LABBE (Henri)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LARDENNOIS

MM.
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT
RATHERY

MM.
RETERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ
STROHL
TANON
TERRIEN
VILLARET
TIFFENEAU

— 0 —

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



*A mes parents,
Modeste témoignage de ma reconnaissance
et de mon très vif amour filial.*

.....

*A mon Oncle,
M. L. BANCOURT *,
qui a dirigé mes premiers pas dans la car-
rière médicale, et à qui je dois cet honneur.
Je lui dédie cette thèse.*

.....

A mes Oncles et Tantes

.....

*A M. André BERLAN o. ,
mon Parrain
dont j'espère suivre l'exemple et continuer
la devise:
« Fais ce que dois. — Advienne que pourra. »*

.....

Meis et Amicis

.....

A Monsieur le Professeur ACHARD o. ✱,

*qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

.....

A mes maitres dans les Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Après une période d'accalmie, l'épidémie d'encéphalite qui a sévi avec tant d'intensité en France en 1918 tente actuellement un retour offensif. Depuis les premières observations publiées en 1918 et les discussions auxquelles elles ont donné naissance, le champ de nos connaissances relatives à cette maladie jusqu'alors peu connue s'est considérablement accru. Tant par des rapprochements d'observation clinique que par les surprises des recherches de laboratoire, on a pu lui rattacher un grand nombre de manifestations symptomatique très différentes de ces cas typiques initiaux et qui, au premier abord, semblaient en tous points étrangères les unes aux autres.

C'est qu'en effet l'un des principaux caractères de la maladie est son polymorphisme. SICARD a pu, à juste titre, le qualifier pour cette raison de névraxite, tant sont étendues et diverses les manifestations cliniques dont elle est le point de départ. C'est dire la difficulté extrême d'un diagnostic positif et rapide dans un très grand nombre de cas, soit parce que les symptômes sont tellement atténués que le malade, et le médecin, croient à un simple malaise, soit que l'aspect clinique se présente sous un tableau si éloigné

des observations initiales qu'il prête à confusion avec une autre maladie. Et pourtant, il serait particulièrement utile de connaître la maladie sous toutes ses formes, afin de pouvoir établir un diagnostic précoce, car l'encéphalite dite léthargique est bien une maladie épidémique.

Pour contribuer à rendre possible ce diagnostic précoce nécessaire, il y a intérêt à ce que le praticien connaisse toutes les formes signalées jusqu'ici. Il nous a donc semblé intéressant de tenter, dans un premier chapitre, de dresser un tableau aussi exact que possible et une classification de toutes les formes de la maladie signalées jusqu'ici, en insistant, au sujet de certaines d'entre elles que nous avons pu illustrer d'observations nouvelles, sur les éléments permettant l'établissement du diagnostic dès le début de l'affection.

Le diagnostic posé, nous tenterons, dans la seconde partie de ce modeste ouvrage, d'envisager les moyens dont nous pouvons disposer, dans l'état actuel de la question, pour enrayer dès ses premières phases l'évolution de l'encéphalite épidémique et pour réaliser à la fois la prophylaxie individuelle et la prophylaxie sociale de cette maladie, d'autant plus redoutable, semble-t-il, dans son évolution ultérieure et dans ses complications tardives, que les manifestations du début ont été moins franches et plus difficiles à identifier. Il s'agit bien, en effet, d'une maladie épidémique, la constatation de cas familiaux sont aujourd'hui assez nombreuses pour écarter tous les doutes à ce sujet, et le virus en est d'autant plus redoutable qu'il

semble conserver pendant très longtemps sa vitalité et qu'il est impossible de savoir actuellement, comme l'a montré récemment M. SAINTON, combien de temps un sujet atteint d'encéphalite épidémique est susceptible d'en cultiver le germe et de le transmettre à ceux qui l'approchent. Des cas ont été publiés, dans lesquels cette période a été de plus de trois ans.

Des mesures prophylactiques sont donc à envisager à toutes les périodes de cette longue évolution. Les conditions du succès sont, avant tout, un diagnostic précoce, entraînant comme sanction immédiate un traitement précoce, un isolement relatif et une surveillance médicale poursuivie jusqu'aux dernières manifestations de la maladie, selon des règles que nous allons nous efforcer de préciser.

Nous envisagerons donc successivement :

- 1° *Les éléments du diagnostic précoce de l'encéphalite épidémique sous ses différentes formes cliniques;*
 - 2° *Le traitement de la maladie à sa période initiale et sa prophylaxie.*
-

PREMIERE PARTIE

LE DIAGNOSTIC PRECOCE DES DIFFERENTES FORMES CLINIQUES DE L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

Rappelons brièvement tout d'abord que l'encéphalite épidémique est une maladie infectieuse à détermination sur le système nerveux, comparable à la poliomyélite, et qui, à l'instar de celle-ci, passe par une période d'état, puis, la phase aigüe terminée, laisse des séquelles. Il est donc indispensable, pour préciser de façon précoce le diagnostic, de passer en revue les différentes formes cliniques actuellement connues. Une telle étude risque, évidemment, d'être trop confuse, car, décrire les aspects si nombreux et si variés de la maladie serait passer en revue tous les syndrômes nerveux possibles, puisque toutes les parties du névraxe peuvent être la proie du virus encéphalitique, depuis le cerveau, ses noyaux centraux, le mésocéphale, jusqu'à la moelle et aux nerfs périphériques, à ce point que, si nous osions sortir ici des termes actuellement en vigueur, nous préférierions de beaucoup au qualificatif d'encéphalite celui, prononcé par SICARD, de névraxite.

C'est pour cette raison, pensons-nous, qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de « Revue Générale » bien

faite de cette vaste question. Aussi, afin d'apporter quelque clarté à cet exposé, adopterons-nous la classification proposée par SAINTON, et nous passerons successivement en revue les diverses formes cliniques de la maladie, en insistant, pour chacune d'elles, sur les éléments du diagnostic précoce, en les classant :

A. — Suivant leur localisation.

B. — Suivant leur évolution.

En adoptant la classification anatomo-physiologique de SAINTON, on arrive plus facilement, croyons-nous, à interpréter rapidement le tableau clinique en le rapportant à la localisation supposée de l'infection.

On peut, si l'on admet cette classification, diviser ces localisations en :

1°) Formes cérébro-méningées;

2°) Forme thalamique;

3°) Forme cérébelleuse;

4°) Formes mésocéphaliques;

5°) Formes bulbaires;

6°) Formes médullaires;

7°) Formes périphériques ou névritiques.

Passons donc en revue les différents tableaux cliniques qui répondent à chacune de ces localisations.

A. — FORMES SUIVANT LA LOCALISATION

1°. — FORMES CEREBRO-MENINGEES

A. — *Forme méningée.* — Simule la méningite tuberculeuse, la méningite syphilitique, la méningite cérébro-spinale.

Le signe de KERNIG et la raideur de la nuque, les courbatures localisées, font dans un grand nombre de

cas leur apparition dès le début, et le diagnostic peut rester alors hésitant entre l'E. E. et une méningite aigüe.

D'autres causes d'erreur de diagnostic peuvent se présenter, et nous rappellerons l'intéressante observation de DENECHÉAU et ROY, d'une fillette atteinte d'E. E. et qui présentait une raideur extrême de la tête en flexion, le menton touchant le sternum, au point qu'on ne pouvait arriver à redresser la tête et que l'enfant ne pouvait que très difficilement avaler la tasse qu'on lui présentait, si bien que, n'étant apparus rapidement l'hypersomnie et des troubles oculaires, on inclinait à penser à un mal de Pott sous-occipital.

Ce syndrome méningé est souvent l'apanage des formes graves, nous reproduisons ci-dessous l'observation (1) d'un cas mortel dans lequel il domina dès le début le tableau clinique.

Dans le diagnostic précoce de ces formes méningées, l'examen du liquide C. R. doit entrer en ligne de compte. Il est toujours clair et limpide, la pression est tantôt normale, tantôt légèrement supérieure. La réaction leucocytaire est légère ou nulle. La lymphocytose variée, selon les cas, de 11 à 30, elle peut atteindre des chiffres beaucoup plus élevés (Netter et Bernard ont signalé 100 et plus) à une période plus avancée dans les cas graves ou mortels.

OBSERVATION I. (DÉNÉCHAU et MANGOURD).

Simone B..., 7 ans 1/2, ne présente aucun antécédent familial ni personnel anormal. Elle a présenté cependant, il

y a un an, une maladie fébrile mal caractérisée, qui a duré trois semaines, en dehors de tout foyer grippal cependant.

Le 4 mars 1920, début brusque en pleine santé, alors que l'enfant est en classe : céphalée, vertiges, sensation de fatigue accentuée et généralisée. Dès le troisième jour, on constate un signe de Kernig et une parésie légère de la main droite. On pense à une méningite, mais le 8 mars apparaissent un double ptosis avec par instants une vision double des objets, puis un état de torpeur, qui se transforme le 9 en sommeil irrésistible puis en narcolepsie, pour aboutir quelques jours après au coma et à la mort.

Aucun trouble des réservoirs ni des sphincters, l'enfant va à la selle. Le soir, la température s'élève à 39, et, dans la nuit du 10 mars, on observe quelques secousses myocloniques au niveau du bras droit. Le 11 mars, une ponction lombaire permet de retirer un liquide clair, de tension normale, sans réaction lymphocytaire. Le 12, mouvements involontaires (clignements des paupières, mâchonnement), le facies prend un aspect figé, puis s'installe un strabisme divergent par parésie du Droit interne O. D. avec limitation des mouvements du globe en bas. A ce moment, le Kernig est moins net, mais on constate de la raideur de la nuque.

On tente une injection intraveineuse de 8 cc. de sérum de convalescente. Le 14 mars, après une nuit plus agitée, avec mouvements brusques, l'enfant tombe dans un sommeil comateux, rejette les aliments et meurt sans agonie.

B. — *Formes psychiques.* — Ces formes, très fréquentes, se caractérisent tantôt par des syndrômes psychiques proprement dits, tantôt par des formes cortico-cérébrales à type moteur.

a) *Formes psychiques proprement dites* : on a signalé des syndrômes confusionnels, dépressifs, d'agitation maniaque, des syndrômes *déliants* (les plus fréquents), et des syndrômes catatoniques (rares).

Le symptôme le plus précoce et le plus typique, parmi toutes ces modalités de réaction psychique, est le *délire*, le plus souvent nocturne, à caractère onirique

ou *professionnel*. Les hallucinations se rapportent aux préoccupations habituelles du sujet, dans ses paroles et dans ses gestes (gestes d'automate), le malade répète les gestes familiers à son métier: enfiler une aiguille, dévider une bobine, etc... Un étudiant en médecine que nous observons actuellement, récite la nuit ses questions d'Externat. Dans d'autres cas, plus rares, on observe des hallucinations visuelles terrifiantes, ou de l'excitation verbale. Souvent le délire s'accompagne d'agitation, on est obligé de maintenir le malade pour qu'il ne se sauve pas. (Observ. de BOQUET et NAULLEAU).

Ce qui doit nous intéresser ici pour l'établissement d'un diagnostic précoce, c'est que nous devons savoir que, le plus souvent, ces manifestations psychiques s'observent *au début* de la maladie, soit même à la période *prodromique*, et qu'elles s'accompagnent généralement de fièvre et d'insomnie, *cette triade symptomatique* (*confusion mentale, fièvre, insomnie*) devant *faire penser à une encéphalite épidémique au début*.

b) *Formes cortico-cérébrales à type moteur* : que le Professeur P. MARIE a décrites sous le nom de Syndrome excito-moteur. Ces formes se présentent tantôt sous le type épileptiforme généralisé, ce qui est rare, ou partiel (épilepsie jacksonienne, également très rare), tantôt sous le type hémiplégique qui a été plus souvent signalé. Elles peuvent s'observer à toutes les phases de la maladie, nous ne retiendrons ici que les perturbations observées dès le début.

Les premières observations d'encéphalite léthargique ne les signalaient qu'exceptionnellement, mais le

professeur P. MARIE attira l'attention sur ces phénomènes dès la fin de 1918, mais il les avait observés assez tardivement, vers le huitième jour seulement dans les observations où leur apparition est la plus précoce. Mais l'épidémie de 1920-1921 montra que ce syndrome excito-moteur pouvait apparaître dès le début de l'affection et en constituer même la seule manifestation.

Il est parfois difficile, dans ce cas, de poser le diagnostic d'E. E. en présence de ces seuls symptômes, malgré l'absence fréquente d'un ou plusieurs termes de la triade toujours recherchée d'abord : *hypersomnie, fièvre, troubles oculaires*. Et ce diagnostic est d'autant plus délicat que souvent, semble-t-il, ces formes s'observent chez des sujets ayant présenté déjà des troubles excito-moteurs. Tel fut le cas dans l'intéressante observation qui suit, due à l'obligeance du D^r Jeudon, d'encéphalite épidémique chez un épileptique.

OBSERVATION II (INÉDITE).

M. Maurice N..., aujourd'hui âgé de 35 ans, a présenté depuis l'âge de 15 ans, des crises d'épilepsie à plusieurs reprises. Après une période d'accalmie, entre 28 et 34 ans, les crises ont réapparu depuis un an avec une intensité et une fréquence accrues, cette reprise coïncidant, semble-t-il, avec un nouveau mode de vie : la direction d'une entreprise importante, imposant au malade un surmenage physique et mental certain.

En juillet 1922, après une période de crises très rapprochées et intenses, l'entourage du malade, devant son aspect fatigué, un peu obnubilé même, le décide non sans peine à passer quelques semaines à la campagne, loin de toute fatigue et de tout souci professionnel. Il s'y résout, voyage de jour. s'endort profondément dans son wagon, et se réveille au point

terminus de la ligne, après avoir dépassé de près de cent kilomètres sa destination. Il arrive dans sa famille par le train suivant; sa famille, devant son faciès sans expression, son aspect fatigué, appelle le médecin qui l'a déjà traité lors de ses premières crises. Etant donné les antécédents, la notion de crises très récentes et répétées, et malgré la constatation de quelques petites secousses, celui-ci attribue l'état actuel à l'épilepsie. Après trois semaines de repos et de calme complet, pendant lesquelles on ne constate que deux accès, l'état général du malade s'améliore considérablement. Il rentre à Paris et reprend ses occupations et une vie très active.

De septembre à décembre, les crises sont très espacées (une par mois à peine), l'état général reste satisfaisant. En janvier, elles reprennent plus violentes que jamais, à raison d'une tous les deux ou trois jours. Le malade est à nouveau fatigué, ses amis comparent l'état actuel à celui de l'été dernier, et, comme alors, le rattachent au mal comitial. Des réactions de Wassermann répétées et plusieurs examens cliniques complets pratiqués à la Salpêtrière semblent écarter l'hypothèse de syphilis.

Le 10 février, au restaurant, crise atténuée, le malade ne tombe pas, comme de coutume, à terre, mais, dans la soirée, il est pris d'une irrésistible envie de sommeil, avec courbature, et se couche très fatigué.

Du 10 au 14, on ne sait ce qui s'est passé. Mais le 14, la concierge frappant en vain à la porte de son locataire qu'elle n'a pas vu depuis quatre jours, s'inquiète et appelle le médecin et la famille. Nous arrivons peu après celle-ci, que nous trouvons frappant sans succès à la porte du malade. Un serrurier l'enfonce et l'on constate que l'occupant n'est pas mort ni même comateux, mais profondément endormi. Sa respiration est calme, il a l'aspect cependant d'un infecté. Mais l'attention est de suite attirée par des secousses myocloniques très accentuées aux muscles des deux épaules et aux deux poignets, plus discrètes aux membres inférieurs. Le malade se réveille une heure après, tenant une conversation tantôt normale, tantôt confuse, cette dernière est dominée par des idées délirantes d'ordre professionnel; le malade, sans se préoccuper de la présence inattendue de sa famille, qu'il n'a pas vue depuis six mois, réclame sans cesse des livres de mathématiques et ne parle que de combinaisons professionnelles sans aucune apparence de vraisemblance. Il est constipé depuis trois jours, et pendant cette période n'a pas uriné.

On n'obtient, en le sollicitant, que quelques grammes d'urine, où l'on constate une légère glycosurie. On pense de suite, en présence des caractères du sommeil, en cette période d'épidémie, à une encéphalite. En effet, à notre seconde visite, quelques heures après, on constate de la diplopie, des troubles de l'accommodation, du ptosis bilatéral, des troubles de la parole. Les jours suivants, le diagnostic se précise, une purgation, le régime et l'administration d'Uroformine par voie intraveineuse améliorent l'état infectieux et provoquent la diurèse. L'hypersomnie persiste, par poussées très variables, pendant une semaine. Actuellement, notre malade est sensiblement amélioré.

Il est très vraisemblable que l'état signalé au mois de juillet relevait de l'encéphalite et non de l'épilepsie, et qu'il s'agit ici d'une rechute. Les antécédents du malade avaient orienté tout d'abord vers un faux diagnostic, peut-être ont-ils constitué, d'autre part, un terrain favorable à l'éclosion de l'encéphalite.

2°. — FORME THALAMIQUE

3°. — FORME CEREBELLEUSE

Ce sont là des formes rarement pures, leur diagnostic est alors délicat et se discute avec les tumeurs de même localisation. Mais, en général, ces symptômes sont accompagnés des autres symptômes essentiels de la maladie, qui font faire le diagnostic.

4°. — FORMES MESOCEPHALIQUES

Dans ces formes dont les symptômes décèlent une localisation de l'infection aux corps striés ou à la région pedonculo-protubérantielle, on peut rencontrer les types suivants (SAINTON) :

a) *Type choréique ou choréo-athétosique*, généralisé ou partiel, donnant lieu parfois à des cas légers, frustes, qui passeraient inaperçus s'ils ne s'accompagnaient souvent de symptômes oculaires.

b) *Type myoclonique*, généralisé ou partiel, caractérisé par les secousses musculaires. On a signalé des cas où ces secousses musculaires constituaient tout le tableau clinique de formes frustes. On en a signalé surtout, et c'est là un élément de diagnostic précoce, où, en présence d'un état infectieux dont on ne pouvait affirmer la nature, l'apparition précoce des secousses musculaires, précédant l'hypersomnie ou même sans que celle-ci n'apparaisse par la suite, fit poser le diagnostic. Ces cas ont été surtout signalés par les accoucheurs, car chez les femmes en état de gestation l'état **subinfectieux** peut être rapporté à une intoxication gravidique, qu'on est toujours tenté, *à priori*, d'incriminer dans cette situation. Tel fut le cas d'une malade présentée récemment par le professeur COTVELAIRE dans une de ses leçons, où l'observation plus attentive fit remarquer la présence de secousses musculaires qui précédèrent la nature d'un état subinfectieux qu'on n'avait pu rapporter jusqu'alors à l'une des causes habituelles de l'intoxication gravidique.

c) *Type bradycinétique*, caractérisé par des mouvements rythmés de grande amplitude.

d) *Type insomnien*, localisé ou partiel : type figé, type tremulant, qu'on rencontre plus souvent, semble-t-il, comme séquelle tardive que dans la période initiale de la maladie.

e) *Type tétanique*, rare, mais de diagnostic délicat à la phase initiale.

f) *Type de mésocéphalite avec somnolence et paralysies oculaires* : c'est l'encéphalite léthargique typique, décrite dans les premières observations de l'épidémie de 1919. Nous n'insisterons pas sur les éléments du diagnostic précoce, que retrouverons à tous les chapitres de cette étude. C'est la plus facile à reconnaître parce que la mieux connue, celle à laquelle on pense lorsque vient à l'esprit, en présence d'un malade nouveau, l'hypothèse d'encéphalite épidémique.

g) *Type de paralysies mésocéphaliques* (oculaires, accomodation) *partielles*. Nous ne parlerons pas de cette forme, qui n'a guère d'intérêt au point de vue du diagnostic précoce, ces paralysies ne survenant, en général, qu'à une période assez avancée de la maladie, alors que le diagnostic est posé depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines.

h) *Type hypersomnique*. — Dans toutes ces formes mésocéphaliques, la fonction hypnique est troublée dans son *intensité* et dans son *rythme*. ACHARD a signalé un « état d'étonnement » voisin du sommeil, sorte d'obnubilation; dans d'autres cas, on décrit une *insomnie* persistant pendant toute la période d'état de la maladie et restant même comme séquelle, cette insomnie est due sans doute aux douleurs atroces que subit le patient dans ces cas relativement rares.

Mais l'*hypersomnie* est le trouble de beaucoup le plus fréquent, celui qui domine dans un grand nombre de cas le tableau clinique. Nous le retrouvons dans 17 cas sur les 22 observations qui constituent la thèse

de BLANC sur l'épidémie d'Encéphalite Epidémique en Anjou en 1919-20. Elle est également caractéristique dans nos observations II et III. Cette exagération du sommeil normal a, d'ailleurs, comme caractère essentiel la *variabilité*, dans son intensité d'abord, pouvant aller jusqu'à la narcolepsie complète, qui caractérise le type hypersomnique, avec résolution musculaire. immobilité du visage, sans expression, les bruits familiers et les mouvements de l'entourage ne parvenant pas à réveiller le malade, pas plus que les sollicitations organiques de la faim, de la soif, de la miction et de la défécation. La vie végétale semble, elle aussi, endormie. Le sujet pourra rester des heures, des jours, dans cet état, en oubliant le boire et le manger, tandis que la constipation demeure opiniâtre et que parfois même s'établit une rétention d'urine. Un degré de plus et c'est le coma, dont nulle excitation ne peut plus faire sortir le malade. Ce degré est souvent l'apanage des formes mortelles.

OBSERVATION III.

(Personnelle).

Suzanne M..., âgée de 13 ans, est une enfant relativement maingre, présentant depuis quelques semaines des signes précurseurs de la puberté. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, rien dans son passé pathologique que des affections banales : coqueluche à 6 ans, rougeole à 9 ans.

Le 18 janvier 1923, sans aucun signe prémonitoire, au cours d'une promenade avec sa mère dans le bois de Vincennes, l'enfant, subitement, tombe de sommeil en marchant, trébuche et reste endormie malgré les sollicitations — prudentes mais énergiques — de la mère. On est obligé de la porter jusqu'à la station la plus proche et de la mettre dans son lit où elle restera endormie pendant trois jours et quatre nuits.

Le médecin de la famille, appelé, pose le diagnostic d'encéphalite léthargique, confirmé, quelques jours après, par l'apparition d'un ptosis unilatéral avec diplopie.

Après trois semaines, pendant lesquelles l'hypersomnie et les troubles oculaires persistent, amélioration progressive.

La fillette ne présente actuellement — cinq semaines après le début — aucune trace de troubles oculaires ni mentaux.

En résumé, dans la plupart de ces formes hypersomniques, la date d'apparition du sommeil se confond souvent avec le début de la maladie, et, quand il est un peu plus tardif est presque toujours suffisamment net et caractéristique pour imposer le diagnostic.

Ce « type hypersomnique » est parmi ceux dont le diagnostic précoce est le plus facile. Dans les cas où il va jusqu'au coma, et où l'on est appelé pour la première fois auprès d'un malade déjà dans le coma — ce qui n'est pas une exception — il sera, en général, assez facile de différencier celui-ci des comas urémique, diabétique (nous avons parlé plus haut du diagnostic de l'épilepsie). — *La glycosurie, légère mais précoce*, chez un sujet qui jusqu'alors n'en présentait pas, nous paraît être dans ces cas un élément important de diagnostic précoce.

5°. — FORMES BULBAIRES

a) *Le hoquet épidémique*, qui ne s'est guère montré que depuis l'hiver 1920-21, hoquet intense, incoercible, exténuant le malade par sa répétition, entravant l'alimentation et le sommeil. Il s'accompagne de quelques troubles gastro-intestinaux, de fatigue, d'énerve-

ment, et d'une légère réaction fébrile; il cède ordinairement au bout de 2 ou 3 jours et rien en somme ne permettrait de le rattacher à l'encéphalite si, dans certains cas, heureusement rares, l'on n'avait observé la transformation du hoquet en encéphalite grave et caractérisée. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic qui s'impose de par le symptôme capital et l'originalité de cette forme bénigne. Au contraire, tout ce que nous dirons de la prophylaxie de l'encéphalite épidémique s'applique au hoquet épidémique.

b) *Type paralytique.* — Se caractérisant par des troubles de l'ouïe, des paralysies isolées ou multiples des nerfs bulbaires, des troubles de goût.

c) *Type respiratoire.*

6°. — FORMES MEDULLAIRES (Paraplégies)

7°. — FORMES PERIPHERIQUES (Forme algique, Forme polynévritique).

Nous ne faisons que signaler ces formes, pour être complet, mais elles ne sont pas, en général, des formes de début de la maladie et nous intéressent moins que les précédentes au point de vue du diagnostic *précocce*. Le diagnostic peut cependant se poser dans certains cas où l'élément « douleur » prédomine, avec des névralgies ou névrites. On peut aussi être appelé à écarter l'hypothèse de pithiatisme.

Ces différentes formes peuvent se combiner entre elles, s'associer de façon à donner lieu à des syndrômes à symptomalogie multiple, dont les plus fréquents sont :

1° La forme méningo-encéphalitique;

2° La forme oculo-léthargique;

3° La forme oculo-parkinsonnienne;

4° La forme algo-myoclonique.

D'ailleurs, et c'est là un des caractères essentiels de la maladie, et d'où résulte la difficulté du diagnostic dans certains cas, les types cliniques peuvent alterner très rapidement les uns avec les autres et disparaître ensuite, ces changements d'aspect clinique se produisant parfois plusieurs fois dans une même journée. Dans un certain nombre de cas, enfin, la maladie reste monosymptomatique, la forme la plus curieuse et la plus bénigne, parmi celle-ci est le hoquet épidémique, frappant plusieurs sujets dans la même famille ou dans le même atelier, et disparaissant après quelques jours, quelques semaines ou quelques mois sans laisser de traces.

B. — FORMES SUIVANT L'EVOLUTION

1°. — FORMES FOUDROYANTES

Ces formes évoluent en quelques heures et les symptômes méningés tiennent alors, en général, la plus large place. Dans ces cas, le diagnostic peut prêter à confusion, avec une méningite aigüe, ou avec un coma urémique, ou mieux encore diabétique, si l'on ne connaît pas les antécédents du patient, d'autant que ces formes s'accompagnent d'une glycosurie plus abondantes que dans les formes moyennes. Ces cas foudroyants appartiennent surtout aux premières épidémies de 1918-19, qui semblent avoir été plus mali-

gues; ils concernent soit des sujets jusqu'alors robustes et qu'elle frappe brutalement, en pleine santé, — il s'agit le plus souvent dans ce cas de sujets jeunes — soit des sujets prédisposés (épileptiques, asthéniques nerveux).

Le diagnostic précoce est donc dans ces cas souvent difficile, il est à discuter avec les méningites aiguës, et, si l'on est appelé d'urgence auprès d'un malade qu'on ne connaissait pas précédemment, avec les comas. On a signalé, en effet, des cas d'encéphalite léthargique ainsi survenue à des sujets isolés, dans une chambre d'hôtel, dans un wagon, et ces malades ont été confondus tout d'abord avec des comateux diabétique, urémique ou simplement éthylique. Les caractères du sommeil, la présence de secousses myocloniques, la glycosurie, nous semblent ici des éléments du diagnostic précoce, malheureusement sans sanction dans ces formes dramatiques, où la mort survient avant qu'un traitement rationnel ait pu être institué. Un diagnostic basé sur un examen rapide et une thérapeutique d'urgence, de « pis-aller » sont, en effet, inconciliables avec une maladie si complexe dans ses formes et dans sa symptomatologie.

2°. — FORMES AIGUES D'ALLURE INFECTIEUSE

Le diagnostic précoce est à discuter ici avec les méningites aiguës, et surtout avec la fièvre typhoïde et la granulie. Le faciès figé, l'adynamie, la prostration, revêtent parfois, en effet, les mêmes caractères que dans l'infection éberthienne.

3°. — FORMES SUBAIGUES

Elles durent de deux à trois mois, avec légère élévation de température matin et soir. Les confusions les plus fréquentes sont ici les infections eberthiennes latentes ou paratyphiques, les infections colibacillaires. Mais le diagnostic, dans ces formes qui constituent somme toute la règle, est plus facile et les symptômes plus caractéristiques que dans les formes extrêmes.

4°. — *Les formes chroniques, les rechutes, les récidives, qui sortent du cadre de cette étude.*

Dans ces formes, si variables dans leur intensité et dans leur évolution, quels sont les principaux éléments de diagnostic précoce fournis par la clinique ? Si, comme nous venons de le voir, la symptomatologie de l'encéphalite épidémique est non seulement polymorphe mais encore variable suivant l'intensité de l'infection; si la clinique ne nous fournit que des présomptions, il est cependant un certain nombre de signes ou de syndrômes qui doivent, surtout en temps d'épidémie, éveiller aujourd'hui l'attention de tout clinicien averti vers l'hypothèse de l'infection encéphalitique.

L'état infectieux est, en général, à la base de la maladie. Il affecte tous les degrés, depuis le simple malaise, l'embarras gastrique, jusqu'à l'état typhoïde. Cet état infectieux, le plus souvent accompagné d'asthénie, ne fait jamais défaut.

L'hypersomnie présente des caractères bien particuliers par la netteté et la soudaineté de son appa-

rition et de ses disparitions successives; elle existe presque toujours, à une phase plus ou moins précoce de la maladie, dont elle constitue très souvent un des premiers symptômes. Dans nombre de cas, enfin, son apparition soudaine et son intensité constituent le premier symptôme, presque pathognomique, de la maladie.

Les *troubles oculaires*, fugaces, mais très nets, ne font pour ainsi dire jamais complètement défaut dans les formes d'intensité moyenne. Il est exceptionnel de ne pas rencontrer de façon assez précoce l'un des symptômes suivants : diplopie, parésie ou paralysie de la convergence des globes oculaires, paralysie de l'accommodation.

Enfin, parmi les petits signes de moindre importance, mais précis et d'une réelle valeur, nous devons noter particulièrement : l'abondance de la *salivation*, le myoclonus provoqué, les secousses ou tremblements de la face, la *gêne de la parole*, l'hypertonie, les sensations d'ivresse, de titubation, avec absences passagères et propos incohérents passagers, les poussées articulaires avec tuméfaction.

Enfin, parmi les signes négatifs, il faut noter la rareté du signe de Kernig (sauf dans la forme méningée), les différences paradoxales et contradictoires obtenues à l'examen des différents réflexes. Quant au signe de Babinski et au clonus du pied, ils sont très variables selon les cas et ne peuvent fournir un renseignement sur lequel on puisse tabler sérieusement dans la discussion du diagnostic.

C. -- ELEMENTS DU DIAGNOSTIC PRECOCE FOURNIS PAR LE LABORATOIRE

Les renseignements que peut donner le laboratoire peuvent être de deux ordres : négatifs ou positifs.

Les signes positifs sont fournis par la ponction lombaire. Dans l'E. E., le liquide céphalo-rachidien est clair, sa teneur en lymphocytes est variable suivant la localisation. Elle est en général minime, sauf dans les formes méningées, comme nous l'avons noté à propos de ces formes.

La teneur en albumine ne dépasse pas 0,40 centigrammes. Il peut y avoir dissociation albumino-cytologique. (Sainton).

L'*hyperglycorachie* fut un des premiers signes positifs signalés lors des premières épidémies. On lui attribua dès les observations une réelle valeur diagnostique, valeur qui semble justifiée. Elle est en moyenne de 0 gr. 50 à 0 gr. 80, elle peut atteindre 2 grammes. Cependant, il ne faut pas en exagérer l'importance, car elle est un symptôme commun avec d'autres infections générales. Par contre, elle est un bon élément de diagnostic différentiel pour écarter les méningites aiguës, dans lesquelles ce symptôme fait défaut au début et souvent même à la période d'état.

Les signes négatifs sont : la réaction négative au benjoin colloïdal (Guillain), l'absence de corps microbien et de renseignements quelconques obtenus à l'examen bactériologique du sang et du liquide C. R., contrairement à ce qui se passe dans les états typhoïdes ou paratyphoïdes.

Par contre, un renseignement positif important et sur lequel il nous semble qu'on n'a pas suffisamment insisté, est dès le début de la maladie, le *glycosurie*.

Quand à la réaction de Wassermann, il est difficile d'en interpréter le résultat. Un Wassermann positif est cependant rare dans l'encéphalite épidémique.

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT INITIAL ET PROPHYLAXIE DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

De ce que nous venons d'exposer, il résulte que la meilleure façon de rendre possible la prophylaxie d'une maladie aussi polymorphe et aussi variable, tant dans ses manifestations cliniques que dans leur intensité, est d'avoir présentes à l'esprit toutes les formes que nous venons de passer en revue, des plus habituelles aux plus rares, afin de poser un diagnostic aussi précoce que possible. Là est la condition du succès et nous avons essayé, dans la première partie de ce travail, de grouper les éléments de ce diagnostic.

Le diagnostic ayant été fait dès la phase de début de la maladie, quelle doit être notre conduite, vis-à-vis du malade, vis-à-vis de son entourage ? puisque, si l'expérience montre la rareté de la contagion proprement dite, les statistiques prouvent indubitablement le caractère épidémique de l'encéphalite (épidémies de région, de village, d'atelier, de famille).

1° La première indication est le *repos*. *Tout sujet atteint de l'encéphalite épidémique, quelque atténués que soient les symptômes, doit être considéré comme un malade atteint de maladie infectieuse et soumis au*

repos absolu. Cette règle a été trop souvent négligée, des malades, sous prétexte qu'ils étaient atteints de formes légères ont continué à se livrer à leurs occupations habituelles, il n'est pas douteux que la fatigue, intellectuelle autant que physique, aggrave l'état infectieux, et que la liberté complète laissée au malade est dangereuse à la fois pour lui-même et pour la société.

Nous ne possédons pas, en l'état actuel de la question, de traitement spécifique, nous n'en posséderons vraisemblablement pas avant que soit identifié de façon plus précise l'agent causal de la maladie, qui semble bien être, comme celui de la grippe avec lequel on est tenté de lui trouver beaucoup de points de ressemblance, un virus filtrant.

On a tenté cependant d'utiliser les réactions humo-
rales du sujet contaminé ou le sérum de convalescents, pour essayer de réaliser une thérapeutique analogue à celle qui a été employée dans la poliomyélite, expérimentée actuellement dans la rougeole. Ces maladies ont, comme celle qui nous intéresse ici, ce point commun, que nous en connaissons mal l'agent spécifique, c'est pourquoi ces essais de thérapeutique humorale sans base précise ne sont qu'un pis-aller et que les injections de sérum de convalescent ne sont pas au point jusqu'à nouvel ordre. Il est impossible, en effet, à défaut d'expériences répétées avec un agent morbide connu et identifié, de savoir à quelle période de la maladie des substances immunisantes apparaissent, et, en effet, ces essais n'ont pas été, jusqu'ici, couronnés de succès. On doit donc se contenter actuellement

d'un traitement symptomatique, dicté par les indications de l'observation clinique.

Dans les formes graves d'emblée, NETTER a montré l'efficacité de l'*abcès de fixation*. C'est là encore un point commun entre l'encéphalite épidémique et la grippe. Outre le résultat immédiat obtenu dans un certain nombre de cas, il semble que cette méthode contribue également à diminuer la fréquence des séquelles.

Mais l'agent anti-infectieux qui semble aujourd'hui faire fortune est l'hexaméthylène tétramine ou *uroformine*, en injections *intraveineuses*, à la dose quotidienne de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, en solution à 10 p. 100 ou à 25 p. 100, continuée pendant toute la période d'état de la maladie, et prolongée pendant la convalescence par l'administration *per os* de 1 à 2 grammes par jour. De l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés au cours de ce travail, il résulte d'ailleurs que cette technique est aujourd'hui adoptée dans la majorité des services hospitaliers parisiens dirigés par nos maîtres.

On complètera cette médication, suivant l'évolution et l'aspect clinique de la maladie, par la thérapeutique généralement indiquée dans toute maladie infectieuse et aiguë : injections intra-veineuses ou intrarachidiennes d'électrargol, injections intra-musculaires d'huile iodée, de lait, de peptone, de bleu de méthylène, opothérapie surrénale ou adrénaline.

A une période plus avancée, on se trouve bien de la thérapeutique sédative et anti-infectieuse par les agents physiques : balnéation tiède, diathermie.

Ce traitement symptomatique et anti-infectieux est, à défaut d'une thérapeutique spécifique, la meilleure prophylaxie individuelle de l'encéphalite épidémique. Reste à envisager la protection de l'entourage. Pour cela, il faudrait tout d'abord savoir à quel moment une encéphalite peut être considérée comme guérie, ou tout au moins à quel moment elle cesse d'être transmissible.

A ce point de vue, plusieurs cas peuvent se présenter au cours de l'évolution de la maladie.

Tantôt la maladie se prolonge indéfiniment et passe sans épisodes anormaux, insensiblement, à l'état chronique. Les symptômes, après une légère atténuation, s'accroissent à nouveau, et la maladie s'aggrave progressivement sans qu'aucune intervention thérapeutique puisse en enrayer l'évolution, qui se prolonge jusqu'à la mort ou laisse des séquelles *définitives* telles que celles qui caractérisent, en particulier, la forme à type parkinsonien.

Tantôt, au contraire, la maladie, après avoir semblé s'éteindre, ou presque, se rallume plus brusquement par une série d'épisodes aigus qui se répètent pendant des mois, à intervalles irréguliers, c'est l'*encéphalite à rechutes*, dont il n'est pas possible de prévoir ni la durée ni l'intensité.

Dans d'autres cas, enfin, la rechute survient après une période de plusieurs mois, pendant laquelle le sujet a présenté toutes les apparences de la guérison. Il semble qu'on trouve le plus souvent, à l'origine de ces reprises tardives, un surmenage physique, intellectuel ou un facteur moral. Il semble aussi qu'il y ait

des reprises saisonnières, comme cela semble se produire dans l'épidémie actuelle (janvier-février 1923).

Enfin, à côté de ces formes graves, il est des formes légères qui passent parfois inaperçues, où qui ne se traduisent que par du hoquet, une somnolence relative, quelques troubles de l'accommodation, de la diplopie, et qui guérissent rapidement. Il semble que les formes algiques et myocloniques comportent un pronostic éloigné beaucoup plus favorable que les formes parkinsonniennes. Malheureusement, ces formes bénignes ne constituent qu'une faible majorité, et dans toutes les autres formes, celles qui constituent les cas moyens ou graves, et que nous venons de signaler, on peut dire que, dans l'état actuel de nos connaissances, *il est impossible de fixer la date de guérison absolue*; la prophylaxie, tout comme le traitement, ne peut donc être jusqu'à nouvel ordre que symptomatique. C'est dire qu'il faut considérer ces malades pendant longtemps comme des convalescents et, par conséquent, comme des agents de dissémination de la maladie, et qu'il faut les laisser au repos quelques semaines après la fin du dernier épisode symptomatique.

Il semble, en effet, si nous nous en rapportons aux conclusions de NETTER, ACHARD et d'autres auteurs, que le virus puisse être conservé très longtemps dans un organisme infecté, soit qu'il persiste dans le rhinopharynx, soit qu'il persiste dans les glandes salivaires. Il y a donc lieu d'instituer un traitement prophylactique basé sur des données, qui, bien que n'étant actuellement que des hypothèses, donnent cependant

toutes les apparences de la réalité. Ce traitement prophylactique sera conseillé non seulement au malade ou au convalescent, mais à son entourage.

On pourra donc proposer l'ingestion de tisane de jabrandi, l'injection de pilocarpine (trois milligrammes chez l'enfant, dix à vingt milligrammes chez l'adulte), qui faciliterait l'élimination du virus par la salive, associée à l'adrénaline qui combat l'action dépressive de cette médication.

Mais la guérison ne peut être considérée que comme apparente tant que nous sommes dans l'impossibilité d'identifier l'agent causal de la maladie. Et la question doit se poser autrement : pendant combien de temps les sujets ayant eu une encéphalite épidémique peuvent-ils être porteurs du virus ?

Il est impossible actuellement de répondre de façon précise à cette question primordiale. Mais ce dont nous sommes à peu près certains, c'est qu'il semble que le virus puisse être conservé très longtemps dans un organisme infecté, soit qu'il persiste dans le rhinopharynx, soit qu'il siège dans la salive. *Et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, l'encéphalite épidémique n'est pas sans analogie avec la grippe, avec laquelle elle a d'ailleurs coïncidé chronologiquement.*

Comme pour la grippe, il y a donc lieu d'instituer un véritable traitement prophylactique chez les sujets qui viennent d'être contaminés et chez ceux qui sont en contact avec eux. Cette antiseptie du rhino-pharynx peut être réalisé par les inhalations iodo-gaïacolées, thymolées ou eucalyptolées, par les gargarismes ou, tout au moins, les lavages de bouche fréquents avec

des solutions de perchlorate de soude, de liqueur de Labarraque étendue ou d'eau oxygénée diluée de 8 ou 10 fois son volume d'eau bouillie. On utilisera enfin les pommades nasales au benjoin, au soufre, à la résorcine.

Telles sont les mesures à prendre vis-à-vis du malade et de son entourage immédiat. Mais il faut aussi penser à la collectivité. Pour cela, on devrait, à notre avis, comme pour la grippe, isoler les malades aussitôt le diagnostic posé si possible en chambre séparée, à défaut sous une mousseline aspergée d'essence d'eucalyptus. C'est peut-être à ces mesures que quelques formations militaires françaises et alliées, lors des terribles épidémies de grippe qui ont sévi de 1918 à 1920, ont dû de n'avoir qu'une proportion de malades inférieure à celle des collectivités non soumises à ces mesures de prudence et de bon sens. C'est également grâce à ces mesures que ces mêmes formations n'ont pas eu plus de malades parmi le personnel médical et infirmier.

En attendant une thérapeutique spécifique et une prophylaxie spécifique, contentons-nous donc de ces petits moyens, mais appliquons-les systématiquement, et si nous ne pouvons couper court d'emblée à la maladie confirmée, efforçons-nous au moins, puisque la notion d'épidémie est aujourd'hui hors de doute, d'enrayer le plus possible la propagation d'une maladie parfois grave à sa période d'état, toujours dangereuse par ses manifestations tardives possibles.

CONCLUSION

I. — A défaut de preuves expérimentales impossibles à donner tant que nous ne connaissons pas mieux l'agent causal de la maladie, l'observation montre incontestablement que l'encéphalite dite léthargique est une *maladie épidémique*.

Il y a donc lieu de rechercher pour cette maladie, souvent grave à la période d'état, toujours dangereuse par l'éventualité de ses complications tardives, une méthode rationnelle de prophylaxie individuelle et sociale.

II. — La première condition de toute prophylaxie est l'établissement d'un diagnostic précoce. Celui-ci, dans l'encéphalite épidémique, est souvent difficile car cette maladie est essentiellement polymorphe, variable dans son mode de début aussi bien que dans l'intensité et le tableau clinique des différentes phases de son évolution; d'autre part, c'est une maladie à rechutes. — Enfin, jusqu'à présent les renseignements fournis par le laboratoire ne nous sont que d'un faible secours.

Cependant, l'état infectieux, l'hypersomnie, les secousses myocloniques et les troubles oculaires sont,

dans la majorité des cas, des symptômes suffisamment nets et précoces pour permettre un diagnostic clinique assez rapide. — *La recherche du sucre dans les urines nous paraît être un élément précieux du diagnostic précoce.*

III. — A défaut d'un traitement spécifique et d'une prophylaxie spécifique, on doit mettre en œuvre, dès l'affirmation du diagnostic, un traitement anti-infectieux et symptomatique *énergique et prolongé.*

IV. — *L'isolement du malade* nous paraît être obligatoire, ainsi que la désinfection du rhino-pharynx et de la salive qui semblent bien être le siège principal du virus.

V. — Préserver les contacts, l'entourage et le personnel soignant, en leur appliquant les mesures de prophylaxie habituelles des maladies dont le contagion est contenu dans les produits bucco-pharyngés et les mucosités nasales (1). Peut-être, ainsi, aurons-nous la chance inestimable de faire avorter un foyer naissant.

V.-A. DEMASURE.

(1) Nous nous souviendrons, en outre, que sur ce point comme sur beaucoup d'autres, cette maladie présente avec la grippe une analogie dont on ne peut s'empêcher d'être frappé.

BIBLIOGRAPHIE

- Professeur ACHARD. — Aspects cliniques de l'Encéphalite léthargique. (*Paris Médical*, 1920, T. II, p. 69).
- Réaction méningée dans l'Encéphalite léthargique. (*Académie de Médecine*, 20 janvier et 27 janvier 1920).
- La diversité clinique de l'Encéphalite léthargique. (*Académie de Médecine*, 4 février 1920).
- ACHARD et FOIX. — Sur l'anatomo-pathologie de l'Encéphalite léthargique (*Société Médicale des Hôpitaux*, 10 décembre 1920).
- ACHARD et ROUILLARD. — Le hoquet épidémique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 10 décembre 1920).
- AVIRAGNET, A. DELILLE et P.-L. MARIE. — Un cas d'Encéphalite léthargique à type choréique avec paralysies oculaires et laryngées. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 21 mai 1920).
- E. BAUDOUIN et LAUTUÉZOU. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920).
- René BÉNARD. — Les formes légères et les formes frustes de l'Encéphalite léthargique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920).
- René BÉNARD et BOISSART. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920).
- Léon BERNARD et RENAULT. — Enquête épidémiologique du Ministère de l'Hygiène, 1920).
- BLANC. — L'encéphalite épidémique en Anjou. (*Thèse, Paris*, 1920).
- CARNOT et SAINTON. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1920).
- Professeur CHAUFFARD. — *Académie de Médecine*, 17 février 1920; *Société Médicale des Hôpitaux*, 13 février 1920).
- CLAUDE. — Les suites éloignées de l'Encéphalite léthargique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 6 février 1920; *Académie de Médecine*, 2 mars 1920).
- COMBEMALE et DUHOT. — *Académie de Médecine*, 20 janvier 1920 : L'Encéphalite léthargique dans la région de Lille.
- COMBY et GUINON. — *Société de Pédiatrie*, 18 février 1919.

- COMBY. — L'Encéphalite aigüe chez l'enfant. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 6 février 1920).
- D^r COQUET. — Forme tétanique de l'Encéphalite léthargique. (*Gazette Hebdomadaire, Sté. Médicale*, Bordeaux, 4 janv. 1920).
- COURCOUX ET HANOTTE. — *Sté. Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920.
- GRUCHET. — Pronostic de l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 29 octobre 1920).
- DENÉCHAU et BLANC. — L'épidémie d'Encéphalite en Anjou en 1919-20. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 17 déc. 1920).
- DERRIEN, EUZÈRE et ROGER. — L'Encéphale. (Oct. 1913).
- DUVERGER et BARRÉ. — *Société Neurologique de Paris*, 3 et 4 juin 1921.
- DUPOUY. — Encéphalite choréïque. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 26 mai 1920).
- EUZÈRE et ROGER. — Pathogénie des réactions méningées. (*Montpellier Médical*, 1914, p. 141).
- N. FIESSINGER et H. JANET. — Les difficultés de diagnostic de l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 8 oct. 1920).
- GRENET. — A propos d'un cas d'Encéphalite léthargique. (*Société de Pédiatrie*, 18 février 1919).
- GUILLAIN. — Les troubles des réflexes dans l'E. L. (*Académie de Médecine*, 2 mars 1920).
- HAMEL et MERLAND. — Sequelles de l'E. E. (*Société de Médecine mentale*, 20 novembre 1922).
- J. HALLÉ. — *Société de Pédiatrie*, 15 février 1921.
- HARVIER et LEVADITI. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 6 fév. 1920; *Académie de Médecine*, 19 avril 1920.
- HOUIN. — Les troubles des mouvements oculaires associés au cours de l'Encéphalite léthargique épidémique. (*Baillière*, Paris, 1922).
- Professeur JEANSELME. — Sur un cas d'E. L. chez un syphilitique. (*Académie de Médecine*, 2 mars 1920).
- Professeur de LAPERSONNE. — Les accidents oculaires de l'E. L. (*Académie de Médecine*, 21 avril 1920).
- P. KAHN. — L'encéphalite polymorphe. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 avril 1920).
- LEREBOULLET. — E. L. à forme myoclonique sans somnolence (*Société Médicale des Hôpitaux*, 6 février 1920).
- LEREBOULLET et MOUZON. — E. E. à syndrômes choréïques. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 19 mars 1920).
- LEVADITI, BROUARDEL et FORESTIER. — L'Encéphalite myoclonique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1920).

- Mlle G. LÉVY. — Contribution à l'étude de l'E. chez l'enfant. (Thèse, Paris 1923).
- LÉPINE. — Le terrain dans l'E. L. (*Académie de Médecine*, 12 novembre 1920).
- Professeur P. MARIE. — Le syndrome excito-moteur dans l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 29 novembre 1918).
- P. MARIE et TRÉTIATOFF. — Anatomie pathologique de l'Encéphalite léthargique. (*Annales de Médecine*, Tome VII n° 1. 1920).
- MARINESCO. — Forme léthargique de l'E. L. (*Académie de Médecine*, 16 mars 1920).
- MORAX et BOLLACH. — Les troubles visuels dans l'Encéphalite léthargique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 13 févr. 1920).
- NETTER. — *Académie de Médecine* 6 janvier 1920; 4 février 1920; 2 mars 1920.
- Enseignements tirés de l'analyse de 70 cas d'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 26 mars 1920).
- NETTER et LEREBoullet. — *Société de Pédiatrie*, 15 mars 1921
- PAPIN, DÉNÉCHAU et BLANC. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 4 juillet 1919.
- RATHERY et BONNARD. — Hémorragie méningée à type léthargique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1920).
- REMLINGER. — L'Encéphalite léthargique à Tanger. (*Académie de Médecine*, 4 février 1920).
- C. ROBIN. — Sequelles mentales de l'E. E. (*Société de Médecine mentale*, 17 juillet 1922).
- Henri ROGER. — La forme myoclonique de l'E. E. (*Journal des praticiens*, 1920, n°s 19-20).
- SABRAZÈS. — Anatomie pathologique de l'Encéphalite épidémique (*Gazette Médicale de Bordeaux*. 1921, n° 29).
- Paul SAINTON. — Myonoclonus provoqué et manifestations cutanées dans l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 avril 1920).
- Comment diagnostiquer et traiter une Encéphalite épidémique. (*L'Hôpital*, Février 1923, A.).
- SICARD. — Type paraplégique de l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1920).
- Encéphalite myoclonique ambulatoire localisée. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920).

- SICARD et BOLLACH. — Catatonies, Hypertonies et attitudes figées dans l'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 février 1920).
- SICARD et KUDELSKI. — Mésocéphalite léthargique à rechute et du type alterne. (*Académie de Médecine*, 27 janvier 1920).
- E. L. à prédominance myoclonique abdomino-diaphragmatique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 janvier 1920).
- SOUQUES. — Rapport à la Société Neurologique de Paris, 3 et 4 juin 1921.
- Etude Anatomique d'un cas d'E. L. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 avril 1920).
- J. FINEL. — L'année médicale pratique. (*Maloine* 1922).
- TRÉMOLIÈRES et RAFINESQUE. — Quelques remarques sur l'épidémie de grippe. (*Presse Médicale* 1919, n° 11).
- VELTER. — *Revue de Neurologie* (1921 n° 6).
- Cl. VINCENT. — L'Encéphalite avec amaurose et surdité. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1920).



TABLE DES MATIERES

I. — Avant-Propos	7
II. — PREMIÈRE PARTIE :	
<i>Le diagnostic précoce des différentes formes cliniques de l'encéphalite épidémique :</i>	
a) Formes suivant la localisation....	14
b) Formes suivant l'évolution	26
c) Eléments fournis par le laboratoire	30
III. — DEUXIÈME PARTIE :	
Traitement initial et Prophylaxie....	33
IV. — Conclusion	41
V. — Bibliographie	43
